VII. SPRAWOZDANIE

Z DZIAŁALNOŚCI SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH W ZAKOPANEM

OD DNIA 1. STYCZNIA DO DNIA 31. GRUDNIA 1910 WŁĄCZNIE

UŁOŻYLI

DR KAZIMIERZ DŁUSKI,
DYREKTOR ZAKŁADU

DR STEFAN RUDZKI,
I. ASYSTENT

W KRAKOWIE
W DRUKARNI C. K. UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
1911.

Sprawozdanie obecne, zgodnie z zasadami, przyjętemi w poprzednich latach, podajemy w streszczeniu w dwóch tablicach:

I. Ruch chorych i II. Wyniki leczenia.

Tab. I. obejmuje całą liczbę chorych w ciągu 1910 r.

Tab. II. — tylko tych chorych, którzy się leczyli conajmniej 30 dni, a więc nie wchodzą do niej ci, którzy przybyli już do Zakładu po 1. grudnia 1910; wejdą oni do następnego sprawozdania, o ile czas ich leczenia wyniesie conajmniej 30 dni.

Ogólna liczba chorych w 1910 r. wynosi 373; z niej zaś Polaków było 302, Rosyan 44, Rusinów 12, Francuzów, Niemców, Węgrów, Gruzinów, Czechów, Słowaków po 2, Morawian, Bułgarów, Tatarów po 1.

Tab. II. obejmuje tylko 334 chorych; nie wchodzi do niej bowiem 47 chorych, którzy leczyli się mniej, niż 30 dni.

Nadmienić wypada, iż w liczbie 334 chorych, stanowiących przedmiot sprawozdania lekarskieego, mamy 47 osób, które leczyły się w Zakładzie po raz drugi, 16 osób po raz trzeci, wreszcie 6 osób, z których 3 odbyły czwarty, a 3 — piąty kurs leczenia.

Metoda higieniczno-dyetetyczna, stosowana w naszym Zakładzie, była tak obszernie omawiana w poprzednich sprawozdaniach i tak jest powszechnie znana w świecie lekarskim, że bliżej nad nią zatrzymywać się nie będziemy.

Wiadomo również z poprzednich sprawozdań, że przeszło od lat 4, jako środek pomocniczy, stosujemy swoiste leczenie, w postaci tuberkuliny Beranecka (TBK), trzymając się w ogólnych zarysach metody Sahliego. O wynikach wstrzykiwań TBK u 53 chorych w ciągu 1910 r. mówić

tu nie będziemy, gdyż sprawa ta jest zbyt zawikłana, aby dała się streścić w kilku słowach. Wyniki stosowania TBK w ciągu $2^1/_2$ lat (od 1. I. 1907 do 1. VII. 1909) były ogłoszone w »Przegl. Lekarskim« Nr 23 1910 r. Wspomnieć należy, że uważając metodę higieniczno-dyetetyczną, — (t. j. jaknajszersze używanie świeżego powietrza, odpowiednie odżywianie, oraz spokój fizyczny i psychiczny) — za podstawę leczenia, nie zapominamy o lekach, w celu złagodzenia różnych objawów chorobowych. Stosujemy więc czasem środki przeciwgorączkowe, chociaż w przeważającej części przypadków i to nawet u ciężko chorych, leżenie w łóżku przy otwartych oknach — jak wskazuje kilkudziesięcio-letnia praktyka w sanatoryach zachodnich — samo przez się reguluje ciepłotę. Zachodzi czasem jednak potrzeba uciekania się do pyramidonu, aspiryny, fenacetyny, kryogeniny i t. d., i t. d., zwłaszcza, gdy podniesienie ciepłoty przypada w chwilach spożywania pokarmów, lub gdy ujemnie działa na sen. Stosujemy również środki działające podniecająco na ustrój lub poszczególne jego narządy (arsen, żelazo i t. d.) wewnętrznie lub podskórnie. Stosujemy dalej różne zabiegi lecznicze, jak galwanizacyę, faradyzacyę, miesienie wibracyjne, opaski, bańki i t. p., wreszcie przeciw bólom w suchych zapaleniach opłucnej — tak częstych w przebiegu gruźlicy płuc, — oprócz zwykle używanych środków (opaski, bańki, przetwory jodowe) stosujemy naświetlania światłem elektrycznem białem lub fioletowem i otrzymujemy niejednokrotnie bardzo zadowalniające wyniki. — Przeciw zrostom opłucnej stosujemy od kilku miesięcy wstrzykiwania fibrolizyny, jak dotąd z pomyślnym skutkiem; materyał nasz jest jednak jeszcze za mały, abyśmy mogli już dziś wypowiedzieć swą opinię. Wreszcie wspominamy o stosowanych zarówno u nas, jak i w innych sanatoryach, zabiegach wodoleczniczych, stanowiących poniekąd integralną część metody higieniczno-dyetetycznej, a mianowicie: nacierania całego ciała wodą czystą lub zmieszaną z wyskokiem — i natryski, trwające 20—30 sekund z ciepłotą obniżającą się przez ten krótki przeciąg czasu od 35^0 do 10^0 C. Nacierania stosowaliśmy u 309 chorych (na 334); natryski tylko u 56, gdyż nadają się do nich tylko chorzy z wielkim zapasem odporności; i wśród nich jednak zdarza się czasem układ nerwowy tak pobudliwy, że natrysków nie znosi.

Po omówieniu w ogólnych zarysach środków leczenia, przechodzimy z kolei do poszczególnych cyfr (w Tab. II.), charakteryzujących wyniki lecznicze i rozpatrzymy w porządku chronologicznym kolumny, cyfry te zawierające.

Przewaga kobiet nad mężczyznami, którą stale spotykamy od 1906 r. i którą staraliśmy się wytłómaczyć społecznymi warunkami pracy mężczyzny, nie jest obecnie tak wybitna, jak lat ubiegłych, skoro się porówna obecne sprawozdanie z poprzedniemi.

Przechodząc z kolei do wieku chorych, spotykamy pewną prawidłowość, dającą się uzasadnić warunkami biologicznymi i społecznymi obecnej doby, i powtarzającą się we wszystkich cywilizowanych społeczeństwach, a mianowicie największą ilość chorych w okresie od 20—40 lat. W naszym Zakładzie okresy wieku 20—30 i 30-40 lat stanowią średnio $^3/_4$ ogółu chorych i leczących się, ze zboczeniami w jedną lub drugą stronę. Obecnie wynoszą one okrągło 65% (w IV. sprawozdaniu 85%; w V. — 75%; w VI. — 64%). Jeśli zwrócimy się do obciążenia dziedzicznego, musimy powtórzyć wyrażoną już w poprzednich sprawozdaniach opinię, zgodną ze spostrzeżeniem Turbana (patrz »Beiträge zur Kenntniss der chron. Lungentuberkulose«), mianowicie, że przy ostatecznych wynikach leczniczych i opierając się na średnich liczbach, nie widzimy bezpośredniego na te wyniki wpływu, choć może on być wykazany w poszczególnych przypadkach. W V. sprawozdaniu za 1908 r., gdzie liczba chorych, wolnych od obciążenia wynosiła 40% (w I. — 68%, w II. — 48%, w III. — 51%, w IV. 54%) mamy cyfrowo najlepsze wyniki, gdyż 89·7% znacznej i względnej poprawy; w VI. sprawozdaniu wolnych od obciążenia 37% przy znacznej i względnej poprawie 86%, w obecnem zaś okrągło — 45% przy znacznej i względnej poprawie 82%. Liczby te więc dowodnie wskazują, że niema bezpośredniego związku między obciążeniem, a ostatecznymi wynikami leczenia.

Idąc dalej w chronologicznym porządku, spotykamy dwa ważne szczegóły, dotyczące wyników leczenia: utrata gorączki i znikanie laseczników Kocha. Co się tyczy utraty gorączki, widzimy ją tylko u 34·8% chorych, czyli oprócz 31% w III spraw. najniższą cyfrę ze wszystkich innych spra-

wozdań*). Tymczasem mamy wśród ogólnej liczby chorych 48·5% w I okresie Turbana, czyli najwyższą liczbę najlżej chorych ze wszystkich bez wyjątku dotychczasowych sprawozdań. Jeśli się zważy, że w obecnem sprawozdaniu mamy niemal połowę lekko lub bardzo lekko chorych, to nizki względnie odsetek zniknięcia gorączki może się wydać paradoksalnym. Fakt ten da się tłómaczyć tą okolicznością, że jeśli na jednym biegunie spotykamy bardzo lekki materyał kliniczny, to na drugim znów niepomiernie ciężki (w III okr.). W zeszłym bowiem roku mieliśmy sporo takich chorych, którzy objechali różne stacye klimatyczne europejskie i nie osiągnąwszy dodatnich wyników, zawitali pod koniec do naszego Zakładu. Tem się też tłómaczy, że gdy odsetek śmiertelności w 1909 r. wynosił tylko 1·3%, w 1910 r. podnosi się do 2·4%. Odsetek zniknięcia prątków wynosi w obecnem sprawozdaniu 13·4% i zajmuje siódme miejsce w zestawieniu z poprzedniemi latami, gdzie najniższa cyfra wynosi 9·2% w IV sprawozdaniu, najwyższa zaś 23% w III sprawozdaniu. I tu przy porównaniu zachodzi pewien paradoks. Jeśli bowiem przyjmiemy obok innych objawów pomyślnego klinicznego leczenia ustąpienie gorączki bodaj czy nie za najważniejszy, to ujrzymy, iż w III naszem sprawozdaniu, przy maksymalnej cyfrze zniknięcia prątków 23% mamy najniższy dotąd odsetek ustąpienia gorączki t. j. 31%. W obecnem sprawozdaniu, gdzie mamy niemal połowę chorych w I okresie Turbana, powinnibyśmy mieć największy odsetek zniknięcia prątków, tymczasem tak nie jest. Okoliczność ta da się tu wytłómaczyć, jak wyżej mówiliśmy, ciężkim stanem chorobowym chorych z trzeciego, a względnie i drugiego okresu. Zważmy nadto, że podział na okresy, wedle rozległości zmian anatomicznych, jest klasyfikacyą w pewnym stopniu sztuczną, nie liczącą się z najważniejszą rzeczą: ze sprawnością biologiczną **całego** ustroju. Zresztą należy pamiętać, że znikanie prątków może być rzeczą przejściową i przypadkową, zwłaszcza przy średnim pobycie tylko 3-miesięcznym jak u nas. Może ono być pewnem kryteryum wtedy, gdy laseczniki znikają na stałe, czyli gdy badanie wydzielin, prowadzone całemi latami, nie wykrywa ich istnienia. Ale i tu,

*) W I — 41%, w II — 48, w III **31**%, w IV — 53·5%, w V — 55·8%, w VI — 39·2%.

jak klinika poucza, bywają nieraz rzeczy nader paradoksalne.

Kończąc ze szczegółami, wspomnimy w paru słowach o wadze. W ostatnich trzech latach wzrosła ona prawidłowo u 80—81% chorych, stanowiąc średni przybytek 6·3—6·4 kgr. na 1 osobę w ciągu 100 dni. Zanotujmy, iż średnia utrata w niniejszem sprawozdaniu, wynosząc 1·96 kg. na osobę, jest najmniejsza, jaką od otwarcia Zakładu mieliśmy (najwyższa utrata 3·8 kg. w 1904 r.).

Po omówieniu szczegółów, przechodzimy do ogólnych wyników leczniczych, zaznaczając, jak dawniej, że unikamy terminu »wyleczenie«, a używamy tylko określenia »znaczna poprawa«, przez którą rozumiemy znaczną istotnie poprawę płuc i stanu ogólnego, lub »względna«, gdy stan ogólny poprawił się, w płucach zaś zmiany na lepsze są niewielkie. W 1910 r., jak nam wskazuje tab. II, mieliśmy 47·3% znacznej, 34·7 względnej, razem 82% poprawy czyli »wyników dodatnich« wedle niemieckiej terminologii. Poza tem zostaje 12·9% bez zmiany, 2·7% pogorszenia i 2·4% zejść śmiertelnych. Dla uzupełnienia tych ogólnych liczb, dotkniemy jeszcze niektórych szczegółów, związanych bezpośrednio z przebiegiem leczenia. Wspomnimy najpierw o krwiopluciach i krwotokach, które stanowią sprawę wielce sporną nietylko wśród laików, lecz i wśród lekarzy, gdy rzecz dotyczy wpływu klimatu wysokogórskiego na ten tak częsty objaw gruźlicy płuc. Obszernie o tem na tem miejscu mówić nie będziemy, gdyż sprawa ta będzie przedmiotem osobnego referatu z naszego Zakładu na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Zaznaczymy tylko, iż lekarze, praktykujący w klimacie wysokogórskim, teoretycznie wykazali całą bezpodstawność rzekomo ujemnego w tym względzie wpływu gór i faktami oraz cyframi twierdzenia swe poparli. My także w szeregu naszych sprawozdań od listopada 1902 do końca grudnia 1910 r. możemy wykazać cyframi na materyale, dotyczącym przeszło 1900 chorych, że krwioplucia i krwotoki powtarzają się w Sanatoryum średnio u 10%—21% tych chorych, którzy je mieli już przed przybyciem do Zakładu, pojawiają się zaś poraz pierwszy u 0·8%—2·7%. W sprawozdaniu niniejszem powtórzyły się u 21%, pojawiły się poraz pierwszy u 0·9%. Cyfry same przez się są tak wymowne, że nie potrzebują komentarzy.

To samo da się powiedzieć o wpływie wysokogórskiego klimatu na gruźlicę krtani. Zdania są podzielone, choć, jak dawniej zaznaczaliśmy, wybitni polscy laryngologowie przesyłają nam przypadki gruźlicy płuc, powikłanej swoistą sprawą w krtani i to czasem w postaci bardzo ciężkiej. Nie będziemy wchodzić w teoretyczne rozważania, jakie mianowicie warunki wpływają na poprawę lub wyleczenie gruźlicy krtani, jaką rolę odgrywa poprawa płuc na tle ogólnej odporności ustroju i t. d., a przejdziemy odrazu do cyfr. Otóż na okrągło 1900 chorych, którzy od chwili otwarcia Zakładu, lecząc się conajmniej 30 dni, stanowią przedmiot naszych sprawozdań, gruźlicę krtani spotykamy średnio u 10—12% chorych, średnia zaś liczba polepszeń wynosi 50—60%. W obecnem sprawozdaniu mamy 32 chorych na 334, czyli 9·6%. Wśród 32 zapisaliśmy 9 przypadków ciężkich z dużymi naciekami i owrzodzeniami. Otóż na ogólną liczbę 32 otrzymaliśmy, co następuje: znaczna poprawa — 9, lekka poprawa — 10, bez zmiany — 12, pogorszenie — 1, czyli razem 19 przypadków poprawy t. j. 59·4%.

Mówiąc o powikłaniach w gruźlicy płuc, pragniemy poruszyć szereg innych cierpień, mających bezpośredni lub pośredni wpływ na przebieg leczenia; jedne powstałe na gruncie swoistym, drugie — nie. Na pierwszem miejscu gruźlica jelit, 7 przypadków (2 poprawy, czy stałe? przyp. aut.—) 3 bez zmiany, 2 pogorszenia); gruźlica otrzewnej 2 przyp. (1 bez zmiany, 1 poprawa); gruźlica opon mózgowych 2 przypadki (śmiertelne); ogólna gruźlica prosówkowa (1 śmierć); gruźlica kości 6 przypadków (3 poprawa, 3 bez zmiany); gruźlica skóry 2 przypadki z poprawą; przetoka odbytu 2 przypadki z dużą poprawą (1 operowany); zapalenie gruźlicze najądrza 1; gruźlica gruczołów 6 (2 poprawa, 4 bez zmiany); gruźlica nerek 1 (bez zmiany); dalej »polyarthritis tbc. Poncet« 1, wreszcie po 1 przypadku: ostrego zapalenia nerek, cukrzycy i choroby Addisona.

Wspomnijmy wreszcie o charakterystycznych ogniskach gruźlicy, omawianych we wszystkich naszych sprawozdaniach i usadowionych w prawem płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki, w lewem zaś z przodu w II i w III międzyżebrzu w pobliżu mostka. Mówiliśmy już niejednokrotnie, że wybitną cechą tych ognisk jest większe niż w szczytach nasilenie sprawy chorobowej, której towarzyszy przy niepomyślnym przebiegu większa skłonność do roz-

padu, przy pomyślnym zaś opóźnianie się poprawy w porównaniu ze szczytami. Ogniska takie w 1910 r. spotykaliśmy w prawem płucu u 41, w lewem u 5, czyli razem u 13·7% ogółu.

Na zakończenie jeszcze dwa słowa o suchem zapaleniu opłucnej, które także notujemy we wszystkich naszych sprawozdaniach, gdyż pomimo częstości tego objawu w przebiegu gruźlicy płuc, opisana przez nas postać ma pewne charakterystyczne cechy, jako to: usadowienie się przeważnie na nieznacznej, zaledwie kilka centym. kwadrat. wynoszącej przestrzeni, często zdala od głównego siedliska choroby (najczęściej w dolnej części pachy); czasem takie zapalenie opłucnej zmienia swe miejsce; czas trwania bywa niejednokrotnie efemeryczny i objawy jego, t. j. ból i tarcie, znikają czasem w ciągu kilku godzin, i to na stałe lub też pojawiają się znów na krótkie chwile; przestrzeń zajęta przez taką »pleuritis sicca volans« oraz objaw przedmiotowy, t. j. tarcie, wcale nie idą równolegle z nasileniem bólu, gdyż przy nieznacznem tarciu może być bardzo dotkliwy ból i naodwrót. Wreszcie odgłos opukowy i oddech najczęściej bywają zupełnie prawidłowe i gdy chory nie uskarża się na ból, takie ognisko opłucne można wykryć przypadkowo, natrafiając przy drobiazgowem badaniu w ograniczonem miejscu na tarcie, czasem szorstkie, grube, (»frottement du cuir neuf«) czasem zaś bardzo delikatne, włoskowate (»frottement râles« Grancher). Taką »pleuritis sicca volans« spostrzegaliśmy u 65 chorych, czyli u 19·4% ogółu.

Podane powyżej ogólne liczby wyników leczniczych, wyjaśnienie niektórych poszczególnych pozycyi, wreszcie omówienie ważniejszych powikłań, zwłaszcza takich, które mają bezpośredni wpływ na przebieg podstawowej sprawy, uwalniają nas od bliższego zastanawiania się nad znaczeniem zasadniczego czynnika leczniczego, t. j. klimatu zakopiańskiego, na tle którego Zakład nasz występuje jako placówka walki z gruźlicą. Gdyby Zakład nie był instytucyą pożyteczną, nie znalazłaby poparcia ani w szerokich warstwach świata lekarskiego, ani w opinii całego społeczeństwa. Cyfra wzrastającej stale frekwencyi wymownem po temu służy świadectwem. Ogólna liczba dni leczenia w 1910 r. wynosiła 27526, w 1910 r. podniosła się do 30940 (p. Tab. I), czyli przeszło o 12%. Ale w tej wzrastającej frekwencyi biorą bardzo nierówny udział poszczególne części naszego

kraju. Już w r. zeszłym zaznaczyliśmy, że frekwencya z Warszawy i Królestwa w ostatnich latach procentowo się zmniejszyła, pomimo iż na obszarach jego mieszka w zwartej masie najwięcej Polaków. Z 39·9% ogółu chorych w 1904 r. spadła do 32·3%, w 1909 r. zaś obniżyła się do 28·4%. Jeszcze bardziej uderzającym jest fakt, że z Poznańskiego mieliśmy w 1910 r. tylko 12 chorych na 373. Natomiast frekwencya z Galicyi utrzymuje się na poziomie 34—35% ogółu chorych.

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1910 do 31. grudnia 1910 (włącznie).

Narodowość	Ilość	Płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni leczenia	Wiek		Średnia pobytu jednego chorego
							lat	osób	
Polacy	302	191 mężczyzn	182 kobiety	Galicya	128	8685	0—10	5	82·95
Rosyanie	44			Rosya	124	12686	11—20	61	
Rusini	12			Królestwo	67	5648	21—30	155	
Francuzi	2			Warszawa	39	2988	31—40	87	
Niemcy	2			Księstwo Poznańskie . . .	12	666	41—50	47	
Węgrzy	2			Inne	3	267	51—60	15	
Gruzini	2						>60	3	
Czesi	2								
Słowacy	2								
Morawianie	1								
Bułgarzy	1								
Tatarzy	1								
Razem	373	373		Razem	373	30940		373	

TABLICA II.

Wyniki leczenia chorych za czas od 1. stycznia 1910 do 31. grudnia 1910 (włącznie).

Płeć		Wiek		Obciążenie dziedziczne		Gorączka		Prątki Kocha		Waga obliczona na 100 dni						Okresy	Poprawa			Pogorszenie	Śmierć
		lata	osób	rodzaj *)	osób												znaczna	względna	bez zmiany		
163 mężczyzn	169 kobiet	0—10	5	o¹	92	przyjechało z gorączką osób 201	utraciło gorączkę osób 74	przyjechało z tbc osób 157	utraciło tbc osób 21	269 przybrało po 6·4 kg.	40 straciło 1·96 kg.	7 bez zmiany	8 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 30234	średnia na 1 chorego 90·5	I. 162 48·5 %	86	63	11	2	—
		11—20	58	o²	9																
		21—30	142	o	84											II. 103 30·8 %	49	35	14	3	2
		31—40	78	bez	149																
		41—50	36													III. 69 20·7 %	23	18	18	4	6
		51—60	12																		
		>60	3																		
razem 334		razem 334		razem 334		% utraty gorączki 34·8%		% utraty tbc 13·4%		przybytek u 80·5% ogółu						razem 334	158 47·3 %	116 34·7 %	42 12·9 %	9 2·7%	8 2·4%

*) o¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa

Dr K. Dłuski i S. Rudzki.

